

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)
ការបញ្ជូនជំនួយកុមារ
Child Support Referral

ផ្នែកជំនួយកុមារ (DCS) នឹងប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងការអនុវត្តជំនួយកុមារដូចបានកំណត់ក្នុងចំណងជើង IV-D នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម ។																							
ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយរបស់កុមារ																							
ម្តាយរបស់កុមារ						ឪពុករបស់កុមារ																	
ឈ្មោះ (នាម/ឈ្មោះកណ្តាល/ត្រកូល)						ឈ្មោះ (នាម/ឈ្មោះកណ្តាល/ត្រកូល)																	
ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ						ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ																	
P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ						P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ																	
ទីក្រុង		រដ្ឋ		ហ្សឺបកូដ		ទីក្រុង		រដ្ឋ		ហ្សឺបកូដ													
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ ()		លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារ ()		លេខទូរស័ព្ទដៃ ()		លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ ()		លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារ ()		លេខទូរស័ព្ទដៃ ()													
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល						អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល																	
លេខសន្តិសុខសង្គម				ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ខែ/ឆ្នាំ)				លេខសន្តិសុខសង្គម				ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ខែ/ឆ្នាំ)											
ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស)						ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស)																	
ជាតិសាសន៍		កម្ពស់		ទម្ងន់		ពណ៌សក់		ពណ៌ភ្នែក		ជាតិសាសន៍		កម្ពស់		ទម្ងន់		ពណ៌សក់		ពណ៌ភ្នែក					
ភាសាកំណើត (បើការឆ្លងឆ្លើយត្រូវការក្នុងភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស)																							
សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន)						សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន)																	
រស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌា? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស						រស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌា? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស																	
ឈ្មោះនិយោជកដែលបានស្គាល់ចុងក្រោយ																							
P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់និយោជក																							
ទីក្រុងរបស់និយោជក				រដ្ឋ		ហ្សឺបកូដ		ទីក្រុងរបស់និយោជក				រដ្ឋ		ហ្សឺបកូដ									
លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ()						តើនេះជាអាជីវកម្មរបស់អ្នកឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> UNK						លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ()						តើនេះជាអាជីវកម្មរបស់អ្នកឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> UNK					
ឈ្មោះជិតខាងម្តាយ						ឈ្មោះជិតខាងម្តាយ						ឈ្មោះជិតខាងឪពុក						ឈ្មោះជិតខាងឪពុក					
ទិល្បីនៅកុមារ																							
កុមារដែលមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយ ៖ <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> អ្នកផ្សេង (សូមបញ្ជាក់) ៖ _____																							
តើឪពុក ឬម្តាយមិនបានទទួលសិទ្ធិចិញ្ចឹមគ្នាបំរើរស់នៅជាមួយ ឬផ្តល់ជំនួយសម្រាប់កុមារក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស																							
បើ បាទ/ចាស ពេលណា?																							
តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយម្តាយ? _____ ភាគរយ ។																							
តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយឪពុក? _____ ភាគរយ ។																							
តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយអាណាព្យាបាលដែលមិនមែនជាឪពុក ឬម្តាយ? _____ ភាគរយ ។																							
បើកុមារមិនរស់នៅជាមួយម្តាយ ឬឪពុក បំពេញផ្នែកនេះ																							
ឈ្មោះរបស់អ្នក						P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់អ្នក																	
លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក				ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នក				ទីក្រុងរបស់អ្នក		រដ្ឋរបស់អ្នក		ហ្សឺបកូដរបស់អ្នក											
ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយកុមារ						លេខទូរស័ព្ទផ្ទះរបស់អ្នក ()		លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសាររបស់អ្នក ()		លេខទូរស័ព្ទដៃរបស់អ្នក ()													
សាខាកុលសម្ព័ន្ធរបស់អ្នក (បើមាន)						តើអ្នករស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌាមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស																	

ព័ត៌មានអំពីកុមារដែលអ្នកចង់ផ្តល់ជំនួយកុមារ

សរសេរតែកុមារនៃឪពុកម្តាយដែលមានក្នុងទំព័រ 1 ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះអ្នកប៉ុណ្ណោះ ។ ប្រើសន្លឹកបន្តបើចាំបាច់ ។

ឈ្មោះកុមារ (នាម / ឈ្មោះកណ្តាល / ត្រកូល)	ភេទ	លេខសន្តិសុខសង្គម	តើឪពុកបានចុះហត្ថលេខាលើការទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
---	-----	------------------	---

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស)	សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន)
----------------------------------	---	-------------------------

តើម្តាយមានផ្ទៃពោះកូននេះក្នុងរដូវវាស៊ីនតោនមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើទេ អញ្ជឹងនៅឯណា (មណ្ឌល/រដ្ឋ):
---	--------------------------------

តើមានដីកាជំនួយសម្រាប់កូននេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃដីកា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	បើបាទ/ចាស កន្លែងដែលដីកាបានបញ្ជូល (មណ្ឌល/រដ្ឋ/កុលសម្ព័ន្ធ)
--	---	---

ឈ្មោះកុមារ (នាម / ឈ្មោះកណ្តាល / ត្រកូល)	ភេទ	លេខសន្តិសុខសង្គម	តើឪពុកបានចុះហត្ថលេខាលើការទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
---	-----	------------------	---

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស)	សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន)
----------------------------------	---	-------------------------

តើម្តាយមានផ្ទៃពោះកូននេះក្នុងរដូវវាស៊ីនតោនមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើទេ អញ្ជឹងនៅឯណា (មណ្ឌល/រដ្ឋ):
---	--------------------------------

តើមានដីកាជំនួយសម្រាប់កូននេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃដីកា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	បើបាទ/ចាស កន្លែងដែលដីកាបានបញ្ជូល (មណ្ឌល/រដ្ឋ/កុលសម្ព័ន្ធ)
--	---	---

ឈ្មោះកុមារ (នាម / ឈ្មោះកណ្តាល / ត្រកូល)	ភេទ	លេខសន្តិសុខសង្គម	តើឪពុកបានចុះហត្ថលេខាលើការទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
---	-----	------------------	---

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស)	សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន)
----------------------------------	---	-------------------------

តើម្តាយមានផ្ទៃពោះកូននេះក្នុងរដូវវាស៊ីនតោនមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើទេ អញ្ជឹងនៅឯណា (មណ្ឌល/រដ្ឋ):
---	--------------------------------

តើមានដីកាជំនួយសម្រាប់កូននេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃដីកា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	បើបាទ/ចាស កន្លែងដែលដីកាបានបញ្ជូល (មណ្ឌល/រដ្ឋ/កុលសម្ព័ន្ធ)
--	---	---

ព័ត៌មានពីការរៀបការសម្រាប់ឪពុកម្តាយកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ

កាលបរិច្ឆេទរៀបការ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងរៀបការ (មណ្ឌល/រដ្ឋ)
-----------------------------------	-----------------------------

កាលបរិច្ឆេទលែងលះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងលែងលះ (មណ្ឌល/រដ្ឋ)
----------------------------------	----------------------------

កាលបរិច្ឆេទបែកគ្នា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងបែកគ្នា (មណ្ឌល/រដ្ឋ)
------------------------------------	------------------------------

ដីការារាំង / ការប្រយោជន៍សុវត្ថិភាព

តើមានដីការារាំង / ការពារកំពុងអនុវត្ត ឬ តើអ្នកមានការប្រយោជន៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់អ្នក ឬកូនអ្នកទេ? ទេ បាទ/ចាស

ព័ត៌មានពីជំនួយសាធារណៈ និងការទូទាត់ជំនួយ

តើអ្នក ឬកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈពីរដ្ឋ ឬកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិណាមួយដែរទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើបាទ/ចាស នៅឯណា (មណ្ឌល / រដ្ឋ / កុលសម្ព័ន្ធ)	បើបាទ/ចាស ពេលណា (ប៉ុន្មានខែ / ប៉ុន្មានឆ្នាំ)
--	--

បើអ្នកបានទទួលជំនួយកុមារពីឪពុក ឬម្តាយមិនបានទទួលសន្លឹកចុះបញ្ជី បំពេញការប្រកាសនៃការទូទាត់ជំនួយ និងបញ្ជូនវាត្រឡប់មក DCS ។ ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរាល់ដីកាជំនួយទាំងអស់ ។

ការប្រកាស

ខ្ញុំយល់ព្រមប្រាប់ DCS ភ្លាមៗ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៃព័ត៌មានថ្មី ឬបានផ្លាស់ប្តូរដែលទាក់ទងនឹងការប្រមូលជំនួយពីឪពុក ឬម្តាយដែលទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការបង់ជំនួយ ។
ខ្ញុំបញ្ជាក់ ឬអះអាងក្រោមទណ្ឌកម្មនៃការបំពានសម្បទ ក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋវាស៊ីនតោន ដែលលើកលែងតែព័ត៌មាន និង ត្រឹមត្រូវ ។

ចុះហត្ថលេខានៅ _____ , រដ្ឋវាស៊ីនតោន ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

មិនមាននរណាដោយសារជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ជំនឿ សាសនា ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ត្រូវបានរើសអើងក្នុងការងារ សេវាកម្ម ឬទិដ្ឋភាពផ្សេងៗនៃសកម្មភាពរបស់កម្មវិធី ។ បែបបទនេះមានក្នុងទម្រង់ផ្សេងបើមានការស្នើសុំ ។